

ных транспозиций уже в возрасте до 2–3 лет. По достижении детьми возраста 9–11 лет надежным и радикальным способом устранения эквиноварусной деформации стоп является операция трехсуставного артродеза. Нам удалось во всех случаях рецидивов косолапости достичь поставленных целей: восстановить плантиградную ориентацию стопы для нормальной опоры и ходьбы, исправить биомеханически значимые деформации стоп в составе многоуровневых вмешательств, создать условия для пользования обычной обувью, облегчить уход за паллиативными детьми.

#### **Выводы**

1. Имеющийся арсенал оперативных пособий для лечения рецидивов врожденной косолапости различного генеза позволяет успешно корригировать порочное положение стоп по принципу «а la carte...» — делай только то, что необходимо для хорошей коррекции данной стопы (Henri Bensahel).

2. Для исправления рецидивов идиопатической косолапости достаточно применения малоинвазивных операций с минимальным повреждением тканей околосуставных суставов.

3. Лечение синдромной рецидивирующей косолапости предполагает выполнение обширных релизов, остеотомий и артродезирующих резекций суставов стопы уже в раннем возрасте детей.

УДК [616.58-007-053.1-089.23+616.8]-053.2

### **МНОГОУРОВНЕВЫЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ И ПАТОЛОГИЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

*Дивович Г. В.<sup>1</sup>, Прислоский А. А.<sup>2</sup>, Маринчик А. В.<sup>2</sup>, Сиваков Д. Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Цель**

Оценка эффективности выполнения многоуровневых ортопедических вмешательств у детей со сформированными биомеханически значимыми деформациями нижних конечностей по причине врожденных аномалий развития и церебральных параличей.

#### **Материал и методы исследования**

21 ребенку проведены многоуровневые операции, из них 6 человек с церебральными параличами (ЦП) являлись паллиативными по психо-неврологическому статусу. Распределение детей по нозологиям, возрасту, проведенным оперативным вмешательствам представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Общая характеристика пациентов по нозологиям и проведенным оперативным вмешательствам

Показатели	Количество детей	Возраст (лет)	Сроки наблюдения	Ведущие оперативные пособия	Сопровождающие оперативные пособия
ЦП (ДЦП, органическое поражение ЦНС, последствия нейроинфекций, ОНМК, ЧМТ)	12	8–17	6 мес – 2 года	Трехсуставной артродез стоп, остеотомия пяточной кости по Эвансу	Томиа ахилловых сухожилий, приводящих мышц бедер, сгибателей голени, транспозиции сухожилий на стопах

Окончание таблицы 1

Показатели	Количество детей	Возраст (лет)	Сроки наблюдения	Ведущие оперативные пособия	Сопровождающие оперативные пособия
Менингомиелоцеле и аномалия Киари	3	2–5	6 мес – 2 года	Остеотомии таза, бедра и голени	Томиа ахилловых сухожилий, транспозиции сухожилий на стопах
Ахондроплазия, хондродистрофия	2	15, 18	6 мес – 2 года	Остеотомии бедра, голени, костей стопы, артродезирование суставов	Вправление надколенников, стабилизация разгибательного аппарата коленных суставов, протезирование внутренне-боковых связок коленных суставов
Болезнь Олье	1	13	2 года	Остеотомии бедра и голени в аппарате Илизарова	
Другие разные врожденные аномалии развития ОДА	3	9–15	6 мес – 2 года	Остеотомии бедра и голени в аппарате Илизарова	Артродезирующие операции на аномально развитых костях стоп, удлинение ахилловых сухожилий

**Результаты исследования и их обсуждение**

Во всех случаях наших наблюдений достигнуты поставленные в предоперационном периоде цели хирургических вмешательств: создание возможности для вертикализации и ходьбы (11 человек), улучшение опоры и походки (4 человека), исправление осевых скелетных деформаций (3 пациента), адаптация для ухода за пациентом (2 ребенка), профилактика вывиха бедер (1 человек).

**Выводы**

1. Выполнение одномоментных многоуровневых ортопедических вмешательств по устранению значительных деформаций нижних конечностей при врожденных аномалиях и последствиях заболеваний ЦНС является методом выбора для детей-инвалидов, лишенных возможности вертикализации и ограниченных в самостоятельном передвижении.

2. Подготовка к выполнению сразу нескольких хирургических вмешательств на сегментах нижних конечностей требует тщательного предоперационного планирования, оценки особенностей пациентов, возможных осложнений и рисков операций.

3. Сочетание открытых «кровавых» операций на скелете с полукрытыми вмешательствами на мягких тканях, применение внеочаговой фиксации сегментов конечности аппаратом Илизарова с малоинвазивной кортикотомией, выполнение травматичных вмешательств в 2–3 этапа в течение одной госпитализации — это необходимый арсенал ортопеда для соблюдения паритета «риск/целесообразность» при выборе способа осуществления программы коррекции деформаций конечностей у каждого конкретного пациента.

УДК 616.711.5-089.8

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ  
К ТЕЛАМ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ**

*Егорова З. В., Бабкин А. В., Чумак Н. А., Кандыбо А. А., Пустовойтов К. В.*

**Государственное учреждение  
«Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»  
г. Минск, Республика Беларусь**

**Цель**

Изучить преимущества и недостатки малоинвазивных трансторакальных доступов к телам грудных позвонков.